

DU
TRAITEMENT DU LUPUS

EMPLOI

DES

GREFFES DÉRMO-ÉPIDERMIQUES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1891

PAR

Michel-Désiré BAUR

Né à Metz (Moselle) le 20 avril 1858

ANCIEN PRÉPARATEUR DE CHIMIE A LA FACULTÉ
ANCIEN INTERNE DE L'ASILE DE MARÉVILLE

Examinateurs : { MM. CHRÉTIEN, président.
SCHMITT, professeur.
Emile PARISOT, professeur-adjoint.
VAUTRIN, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO

1891



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555015_0049

DU
TRAITEMENT DU LUPUS

EMPLOI

DES

GREFFES DERMO-ÉPIDERMIQUES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1891

PAR

Michel-Désiré BAUR

Né à Metz (Moselle) le 20 avril 1858

ANCIEN PRÉPARATEUR DE CHIMIE A LA FACULTÉ
ANCIEN INTERNE DE L'ASILE DE MARÉVILLE

Examineurs : { MM. CHRÉTIEN, président.
SCHMITT, professeur.
Emile PARISOT, professeur-adjoint.
VAUTRIN, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH A O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O,
COZE *, I O, V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O, ROUSSEL *, I O,
BÉCHET, I O.

Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologique.	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ *, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, A O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et toxicologie....	M. GARNIER, A O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche-ments.....	M. A. HERRGOTT, A O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. PARISOT, A O, professeur-adjoint.
Histoire naturelle médicale.....	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Matière médicale et Thérapeutique....	M. MACÉ, A O, professeur.
Histologie.....	M. SCHMIDT, A O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. BARABAN, A O, professeur.
	M. NICOLAS, A O, agrégé, ch. du cours.

COURS ANNEXES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants....	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN, A O, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ROHMER, A O.
GUÉRIN.
RENÉ, A O.

MM. NICOLAS.
VAUTRIN.
SIMON.

MM. REMY.
P. PARISOT.

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHRÉTIEN

HOMMAGE RESPECTUEUX

A M. VAUTRIN

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A MES EXAMINATEURS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES MAITRES DE MARÉVILLE

INTRODUCTION

Le lupus est une affection tenace, dont la guérison réelle, rare ou tardive, s'accompagne le plus souvent de cicatrice vicieuse. Le médecin doit donc demander au traitement une guérison complète, rapide, laissant après elle une cicatrice souple, lisse, colorée.

Nous nous proposons dans notre travail de passer en revue les différents traitements employés à la guérison du lupus, et de rechercher s'il en est un qui remplisse les indications que nous venons d'énumérer.

Nous décrirons ensuite un procédé qui a été employé il y a une dizaine d'années par un médecin allemand, le Dr Hahn, et que M. le Professeur agrégé Vautrin, vient de tirer de l'oubli.

Ce mode de traitement, qui avait déjà donné à son auteur d'excellents résultats, a permis à M. le Dr Vau-

trin d'obtenir, dans certains cas bien déterminés, des guérisons réelles, rapides, avec des cicatrices parfaites ou à peine perceptibles.

Mais avant d'entrer dans notre sujet nous résumerons très brièvement nos connaissances actuelles sur le lupus. Nous nous attacherons surtout à définir les différentes variétés de lupus et à démontrer leur origine tuberculeuse.

Nous prions M. le Professeur Chrétien d'agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous tenons à témoigner toute notre gratitude à M. le Professeur agrégé Vautrin, qui nous a inspiré ce travail et a bien voulu nous aider de ses conseils.

DESCRIPTION DU LUPUS

Le lupus vulgaire est une maladie chronique de la peau, caractérisée par de petits tubercules rouges, rouge brun, enchâssés dans le derme et qui, après avoir traversé différents stades, amènent l'ulcération ou l'atrophie cicatricielle de la peau. Ces tubercules ne font pas saillie à la surface de la peau, ils sont peu perceptibles au toucher, mais pâlisent légèrement sous la pression du doigt.

Le volume du tubercule lupique initial est très petit, miliaire, c'est surtout par infiltration périphérique et par association que se forment les nodosités plus considérables ; sa consistance est molle, sa structure vasculaire.

Quand on parcourt l'histoire du lupus on est frappé du nombre de variétés décrites par les auteurs, mais, si l'on veut suivre le tubercule depuis son apparition et dans toutes ses phases, il est possible de s'orienter au milieu de ces dénominations si diverses.

Les tubercules s'accroissent lentement, ce n'est

qu'après plusieurs semaines ou plusieurs mois qu'ils proéminent, deviennent perceptibles à la vue et au toucher. S'ils se réunissent et déterminent la formation de petites tumeurs du volume d'un pois, ils donnent alors *le lupus turgescens*.

Ces nodosités, après avoir persisté pendant un temps assez long, régressent, s'affaissent; les éléments se résorbent, l'épiderme qui était tendu se plisse, s'exfolie, *le lupus* devient *exfoliant, eczématoïde, psoriasiforme, squameux*.

La résorption terminée il reste une dépression cicatricielle. Pendant la période de régression, il peut se déclarer une suppuration superficielle avec ulcération; nous aurons *le lupus ulcéreux*. Ces ulcérations rouges, granuleuses, indolores saignent facilement, laissent s'écouler une sécrétion purulente qui forme en se desséchant des croûtes épaisses. Des bourgeons charnus se forment, qui tendent à combler la perte de substance, à amener la cicatrisation. Sur ces bourgeons peuvent se développer des productions épaisses, papillaires, quelquefois même des excroissances cornées, verruqueuses d'où *le lupus papillaire, verruqueux*.

Autour du lupus, et dans les espaces intertuberculeux, il existe constamment une infiltration lymphatique, une certaine exsudation. Ces phénomènes, normalement, conservent des proportions restreintes, s'ils prennent des proportions considérables *le lupus* devient *exubérant, hypertrophique, éléphantiasique*.

Si de la marche du lupus nous passons à la disposition de ses éléments nous rencontrons: *le lupus discret, disséminé*, quand les tubercules affectent un

ordre irrégulier ; *le lupus serpigineux*, si de nouvelles nodosités se développent à la périphérie des anciennes ; *le lupus en nappe*, si les productions nouvelles s'étendent sur une large surface ; *le lupus perforant*, si l'infiltration lupeuse atteint les tissus sous-jacents (tissu conjonctif, cartilages des ailes du nez, pavillon de l'oreille).

Si les tubercules affectent une forme régulière, *le lupus* sera *marginé*, *linéaire*, *circiné*, etc., s'ils se développent en différentes parties du corps, il sera *multiple*.

Nous venons de montrer, dans cette description sommaire, que ces différents *lupus* dérivait tous d'un élément unique : le tubercule lupique.

Quelle est la nature de cet élément ? C'est ce que nous allons étudier dans le chapitre suivant, mais auparavant il nous faut dire un mot d'une affection sur la pathogénie de laquelle les dermatologistes n'ont pu encore se mettre d'accord : c'est le *lupus érythémateux*. Nous nous contenterons de donner les caractères cliniques qui permettent de le différencier du *lupus vulgaire*. Le *lupus érythémateux* peut se présenter sous trois formes : 1° Il est constitué par un amincissement particulier, une sorte d'usure de la peau qui est blanche, décolorée, mais légèrement boursouflée. 2° Il se présente sous la forme d'une rougeur très luisante comme celle de l'engelure, la peau est tendue, douloureuse. La rougeur, d'abord passagère, devient permanente, puis la peau s'exfolie en débutant par le centre du *lupus*. Quand la coloration a disparu, elle est remplacée par une cicatrice. 3° Il est caractérisé par des taches circonscrites rouge-vif

avec tendance à s'étendre. Ces taches ne tardent pas à se recouvrir de petites croûtes sèches assez adhérentes.

Ce qui permettra surtout de distinguer le lupus vulgaire du lupus érythémateux, ce sont les nodosités caractéristiques qu'on ne trouve que dans le premier; dans le second, l'infiltration est diffuse.

PATHOGÉNIE & ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On a voulu faire du lupus une manifestation de la syphilis héréditaire de la scrofule, de la tuberculose. Bien qu'admise avec restriction par l'école de Vienne, l'opinion généralement acceptée aujourd'hui, fait du lupus une tuberculose locale.

L'histologie, l'expérimentation, la clinique démontrent jusqu'à l'évidence la justesse de cette hypothèse.

L'examen microscopique nous montre l'analogie complète qui existe entre la constitution du nodule lupique et celle du tubercule : cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes et enveloppées d'une zone d'éléments embryonnaires.

Quelques histologistes, Baumgarten, entre autres, se sont élevés contre cette identité. Ils ont objecté la formation plus abondante de cellules géantes, moins abondante de cellules épithélioïdes, la présence de vaisseaux dans le tissu lupique, l'absence de nécrobiose caséuse, et la suppuration directe du nodule que l'on ne trouve pas dans le tubercule.

La persistance des vaisseaux peut très bien s'expliquer par la lenteur d'évolution du lupus; les amas jaunes du tissu lupique sont une transformation bien voisine de la dégénérescence caséeuse. La suppuration du lupus est plus fréquente, il est vrai, que celle du tubercule, mais c'est un accident qui survient dans l'évolution du mal et qui est indépendant de sa nature.

Le lupus suppure parce qu'il est situé en des points où le microbe de la suppuration peut plus facilement l'atteindre, où les portes d'entrée sont plus nombreuses. La vascularisation en fait aussi un terrain plus convenable pour l'inflammation.

La présence du bacille de Koch est une preuve à l'appui de l'origine tuberculeuse du lupus. On ne le trouve pas toujours ! répondent nos adversaires. C'est à cause de sa rareté ; multipliez les examens, et vous le découvrirez certainement.

Les inoculations en série de MM. Cornil et Leloir ont prouvé d'une façon irréfutable que le lupus engendrait la tuberculose.

Enfin la clinique nous apporte une dernière preuve en établissant les rapports fréquents qui existent entre le lupus et les lésions tuberculeuses pulmonaires, osseuses, articulaires, ganglionnaires. D'une statistique de M. Besnier, il résulte que sur 30 lupiques, il se rencontre 8 tuberculeux. D'après M. Renouard, la proportion est de un pour dix.

Nous empruntons à MM. Cornil, Ranvier et Leloir, le résultat de leurs recherches histologiques.

Des fragments de lupus vulgaire sont placés dans l'alcool, coupés au microtome, puis colorés par le

picrocarmin, la safranine pour l'examen des tissus.

Les couches épidermiques sont plus épaisses qu'à l'état normal, le corps muqueux présente des cellules migratrices. Le réseau papillaire est généralement très développé, les papilles sont plus ou moins allongées, hypertrophiées, ce qui est dû à une grande quantité de cellules rondes, migratrices contenues entre les fibres de leur tissu conjonctif. Entre les papilles s'enfoncent les colonnes de cellules épithéliales du corps muqueux qui sont souvent allongées et pénètrent d'une façon irrégulière. Ni les papilles, ni la surface du derme ne présentent d'îlots ou follicules avec leurs cellules géantes. Au-dessous des papilles, dans le derme, se rencontrent les follicules lupeux, qui ne font jamais défaut. Ils sont agglomérés de telle sorte qu'on trouve de véritables foyers de cellules géantes entourées de cellules rondes ou épithélioïdes. D'autres fois, les cellules géantes se présentent isolées et entourées de cellules rondes. Quelquefois un foyer plus superficiel siège au pourtour d'un poil et d'un follicule pileux, les glandes sébacées sont alors atrophiées et disparaissent. Cette infiltration pathologique s'étend souvent au tissu cellulo-adipeux, quand le lupus devient térébrant, et détermine la nécrose du périoste, des os, qui sont détruits, comme le derme, dans les ulcérations envahissantes. Les cellules géantes renferment souvent des microbes.

Qu'est-ce donc que le lupus ? « C'est une tuberculose locale, à marche lente, chronique, à bacilles rares, une tuberculose atténuée ». Cette atténuation tient au petit nombre des bacilles qui ne se trouvant pas dans un milieu convenable ne peuvent évoluer.

ÉTIOLOGIE

Nous venons de démontrer que le lupus est une affection tuberculeuse, les preuves tirées de l'examen histologique, de l'expérimentation, de la clinique, ne laissent aucun doute à cet égard.

C'est une maladie de la seconde enfance, elle apparaît rarement avant la troisième année et après l'époque de la puberté. On ne l'observe à un âge avancé que sous forme de lupus persistant ou sous forme de récédive.

Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Raudnitz l'a rencontrée chez la femme 62 fois pour cent et chez l'homme 38 fois.

Elle est apyrétique.

Le milieu, la profession, la nourriture, les saisons n'ont aucune influence sur la recrudescence du lupus, mais un régime convenable le modifie favorablement. Son siège de prédilection est la face et spécialement le nez (30 pour cent). On le rencontre sur les joues, les mâchoires, sur les membres supérieurs et inférieurs. Kaposi, chez un jeune homme, en a vu siéger un exclusivement sur le pénis et le scrotum.

Les muqueuses ne sont atteintes généralement que par propagation. On a cependant rencontré quelquefois un lupus primitif de la muqueuse nasale.

PRONOSTIC

L'opinion des auteurs sur la gravité du lupus est très variable.

Pour l'école de Vienne, qui considère le lupus comme une affection simplement locale, le pronostic n'est jamais grave. Hébra dit que la curabilité est incontestable. Kaposi n'est pas aussi affirmatif, il croit la récurrence fréquente; il conclut à la bénignité des lupus petits et isolés, à la gravité locale des lupus serpigneux, disséminés, mais affirme que jamais cette affection n'a d'influence sur l'état général.

MM. Lailler, Doutrelepont, Besnier, au contraire, ont vu un grand nombre de sujets, atteints de lupus, succomber à la tuberculose pulmonaire.

Il est certain que le lupique cultivant sur son tégument le bacille de la tuberculose est en danger de voir survenir des localisations tuberculeuses des poumons, de la plèvre, des méninges.

Localement la lésion peut s'étendre aux ganglions et créer de nouveaux foyers tuberculeux.

Abandonné à lui-même, le lupus qui siège à la face peut donner lieu à des lésions hideuses. La cornée peut s'opacifier, les paupières s'atrésier ou former des ectropions considérables; le nez détruit peut montrer deux trous cloisonnés, les lèvres renversées, hypertrophiées laissent voir les gencives et les dents,

la voute palatine peut se perforer, la luette, le voile du palais, les pillers peuvent disparaître.

Aux membres, la rétraction cicatricielle de la peau peut amener l'immobilisation, l'ankylose des articulations.

Le lupus peut, il est vrai, évoluer parfois pendant plusieurs années sans amener des complications sérieuses, mais il ne faut pas perdre de vue le danger permanent d'auto-infection dont est menacé le malade et ne pas négliger d'instituer, au plus tôt, un traitement énergique.

TRAITEMENT DU LUPUS

Les traitements préconisés jusqu'aujourd'hui pour la guérison du lupus sont nombreux. Chaque dermatologiste, frappé des fréquents insuccès de ses devanciers, a cherché par des médications nouvelles, par des modifications de traitement à guérir cette affection si tenace. Si les traitements ont varié, les résultats, malheureusement, sont restés les mêmes, et, malgré les efforts considérables tentés depuis près d'un siècle, les guérisons véritables sont demeurées rares.

Nous allons passer successivement en revue les principales médications employées contre le lupus. Nous nous arrêterons peu aux anciens traitements, nous étudierons plus longuement les méthodes em-

ployées de nos jours et nous rappellerons un procédé recommandé, en 1883, par un médecin allemand, le Dr Hahn, qui a donné récemment d'excellents résultats à M. le Professeur agrégé Vautrin.

Trouverons-nous là le traitement curatif du lupus ? Nous ne pouvons, dès maintenant, nous prononcer affirmativement. Outre les trois observations de M. le Dr Vautrin dont nous parlerons plus loin, nous n'en avons trouvé que sept relatant l'emploi du traitement de Hahn. Les résultats ont toujours été satisfaisants, il est vrai, mais un nombre aussi minime de faits ne nous permet pas de proclamer l'efficacité absolue de la méthode. Il serait à désirer que de nouvelles opérations fussent faites. Elles feraient connaître la valeur d'un procédé qui, d'après les résultats déjà obtenus, nous paraît appelé à se vulgariser de plus en plus.

DIVISION DU SUJET

Quel plan allons-nous adopter pour l'étude des différents modes de traitement du lupus ?

L'ordre chronologique ? Nous aurions alors une nomenclature aride où se succéderaient, sans aucun lien entre eux, les traitements les plus divers.

Décrivons-nous successivement les moyens de guérison proposés par les différentes écoles ? Ce serait s'exposer à de nombreuses répétitions.

La division suivante que nous adoptons nous semble la plus propre à jeter quelque clarté dans l'exposition de notre sujet.

1° Traitement général;

2° Traitement local.

Le traitement local se subdivisera en :

Médication émolliente.

Médication substitutive.

Médication caustique { chimique.
 physique.

Médication parasiticide.

Médication chirurgicale.

Nous n'avons pas l'intention de décrire *tous* les traitements tentés contre le lupus, ce serait allonger notre travail sans aucun profit ; nous ne parlerons que de ceux qui ont eu quelque notoriété. Les autres peuvent se classer dans une de nos divisions ; la plupart du temps ce sont des médicaments de même action substitués l'un à l'autre, ou de légères modifications apportées au procédé opératoire.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Le traitement général du lupus n'apparaît que vers le commencement de ce siècle quand Lugol, abandonnant le système de Broussais qui ne permettait de voir dans la scrofule que des subinflammations des systèmes lymphatique, celluleux et osseux, défendit l'unité nosologique de la scrofule et lui attribua de nombreuses affections (lupus entre autres) qui semblaient n'avoir aucun lien entre elles.

Jusqu'au jour où son origine tuberculeuse sera mise en lumière, le lupus va donc être traité par la médication anti-scrofuleuse.

Lugol recommandait un régime tonique et le traitement iodé interne. Il donnait à ses malades de la teinture d'iode ou de l'iode à l'état libre dissous dans une solution de chlorure de sodium. Le traitement longtemps prolongé respectait le lupus, mais agissait

sur l'estomac. L'appétit se perdait, la bouche devenait pâteuse, des douleurs gastriques survenaient.

Devergie, en 1837, substitua à l'iode les iodures alcalins dont l'action irritante était moindre. Les effets du médicament étaient si longs à se manifester qu'il fallait forcer les doses ; les mêmes phénomènes d'irritation gastrique apparaissaient alors.

Frappés du peu d'efficacité d'un traitement dont l'emploi prolongé nuisait à la santé du malade, Lugol, Devergie et Bazin cherchèrent à augmenter l'action de l'iodure en l'employant intus et extra. Le premier se servait extérieurement d'iode en solution caustique, les deux autres de pommades à base d'iodure de potassium, d'iodure de plomb, d'iodure mercurieux et mercurique. Mais ils durent bientôt constater que les iodures étaient sans action sur le lupus.

L'huile de foie de morue venait d'entrer dans la thérapeutique. Devergie l'appliqua au traitement du lupus et la déclarait capable de guérir seule sans le secours d'aucun traitement externe. Il cite même plusieurs cas de guérison obtenus par l'huile employée d'une façon exclusive.

Bazin employait l'huile à haute dose et lui adjoignait le sirop d'iodure de fer : 200 à 300 grammes d'huile par jour, 50 à 100 grammes de sirop, mais il insistait surtout sur l'utilité du traitement hygiénique. « Un air pur, une habitation salubre, un régime réparateur composé principalement de viandes rouges rôties ou grillées, de légumes herbacés cuits, et pour boisson, aux repas, le vin coupé avec les $\frac{3}{4}$ d'eau ordinaire, de tisane amère, ou d'une eau digestive telle que celle de Bussang, quelques bains

stimulants de carbonate de potasse, de sulfure de potassium ou de sel marin. ».

M. le professeur Hardy préconise également le traitement général aidé de l'hygiène : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer comme agents fondamentaux ; amers, gentiane, antiscorbutiques comme agents accessoires.

Le séjour au bord de la mer, les bains, comme hygiène.

Le traitement par l'huile de foie de morue peut-il prétendre à la guérison du lupus ? Non.

Divergie nous parle bien de plusieurs cas de guérison, mais il oublie de dire s'il y a eu ou non récurrence. Les autres auteurs ne parlent que d'amélioration par l'emploi exclusif du traitement interne.

Il y a quelques années, quand fut établie l'origine tuberculeuse du lupus, M. Besnier, médecin à Saint-Louis, expérimenta l'iodoforme. Il le donnait à la dose journalière de 0 gr. 50 à 1 gr. 50 chez l'adulte, de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 chez l'enfant. Il relata trois cas de guérison dus à l'emploi à l'intérieur de ce médicament, mais il considérait lui-même ces faits comme exceptionnels et préconisait le traitement local.

Se basant sur les succès obtenus par l'arsenic dans le traitement de la tuberculose, certains médecins l'employèrent contre le lupus.

Le Dr Doutrelepon de Bonn s'en servit mais sans grand succès. Hutchinson (1) traita, pendant quinze

(1) *Britisch med. journ.*, 14 mars 1885.

mois, sans interruption, un lupus qu'il finit par guérir, mais le traitement avait occasionné au malade du zona et de la conjonctivite. Il croit utile, si l'usage de l'arsenic se prolonge, d'interrompre son emploi quand surviennent des accidents dûs à son absorption.

Lesser (1) constata qu'un lupus traité pendant un an par l'arsenic resta stationnaire, les éruptions ne firent aucun progrès mais la guérison ne survint pas.

Le tannin fut également employé. Vidal prétend avoir obtenu de bons résultats du sirop iodotannique. Les Anglais associent le tannin à l'huile de foie de morue. On a encore préconisé l'huile de foie de morue créosotée, les injections hypodermiques à haute dose d'huile créosotée (Gimbert), les injections hypodermiques d'iodoforme en solution étherée (Morel-Lavallée).

Mais malgré cette abondance de traitements nous devons dire avec M. Besnier : « Nous n'avons jamais vu un seul cas de lupus constitué, guéri au sens ferme du mot par l'emploi de l'un, de l'autre ou de la totalité de ces médicaments. »

Si le traitement général ne donne aucune guérison, doit-on le rejeter complètement ? Non certainement.

« Il sera toujours utile pour le tuberculeux lupique d'employer, sur indication précise, le quinquina, l'iode, le fer, les analeptiques, ainsi que tous les agents trophiques de la peau et des muqueuses, l'ar-

(1) *Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, 1885.

senic, le soufre, etc., l'oxygénation (cures d'air et d'oxygène) la balnéation chaude et tonique, sulfureuse et saline; les cures hydrothermales salines: Kreuznach, Salins, etc.; sulfosalines ou sulfureuses: d'Uriages, de Caunterets, etc.; salines et arsenicales: la Bourboule; iodurées de Challes, etc.; les stations maritimes et les sanatoria de tout ordre. Mais toujours, avec cette réserve, qu'employés seuls, ces médicaments ou ces médications sont toujours insuffisants à guérir le lupus. » — BESNIER.

CHAPITRE II

TRAITEMENT LOCAL

Médication émolliente.

Sans leur attribuer de vertu curative, mais dans le but de diminuer les phénomènes congestifs, de faire tomber les croûtes, de ralentir la sécrétion, Bazin se servait des émollients : cérat, huile d'amandes douces, cold-cream, glycérine, etc.

Dans le même but, aujourd'hui à l'hôpital Saint-Louis on emploie de préférence des cataplasmes de fécule. Quelquefois des douches locales de vapeur appliquées trois ou quatre fois par jour.

Kennedy recommande des compresses, renouvelées plusieurs fois par jour, d'eau portée à la plus haute température que puisse supporter le malade ; ou

encore d'employer des compresses trempées dans une solution d'amidon additionnée de 4 p. 0/0 d'acide borique et de les recouvrir d'un masque de caoutchouc. On obtient de la sorte un bain local prolongé et antiseptique.

Médication substitutive.

Cette médication ne se distingue de la médication caustique que par une différence de degré en moins. Devergie, Bazin employèrent l'emplâtre de Vigo, la teinture d'iode, le perchlorure de fer, la glycérine iodée, l'huile de cade, mais ils ne tardèrent pas à recourir à des agents plus énergiques et abandonnèrent à peu près complètement les médicaments substitutifs.

Médication caustique.

Les agents de cette médication ont sur les tissus une action destructive ; ils sont de deux ordres : chimiques (acides, bases, sels), physiques (thermocautère, galvanocautère, électrolyse).

1° CAUSTIQUES CHIMIQUES. — Devergie préconisait l'emploi de la pâte de Canquoin, qu'il n'employait

qu'après avoir prolongé sans succès le traitement par l'huile de foie de morue. Il a guéri de la sorte, dit-il, par l'emploi combiné des deux traitements, quelques lupus à marche lente, non ulcérés. Il avoue que dans le lupus ulcéreux il aggravait plutôt la situation, car il se développait, autour de l'escharre, une sécrétion purulente qui en amenait la chute prématurée, et produisait une cicatrice fort longue à guérir.

Devergie rejetait la potasse, dont il était difficile de limiter l'action, l'arsenic, dangereux à cause de son absorption, le nitrate d'argent, à cause de son action trop superficielle.

Dans les cas favorables seuls, quand l'escharre tombait du douzième au dix-huitième jour, la cicatrice était peu apparente.

Bazin employait la teinture d'iode caustique, que M. Hardy trouve insuffisante, ou le biiodure de mercure, l'acide sulfurique, l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure. Ces caustiques donnaient des douleurs très vives et amenaient une tuméfaction considérable des parties malades. Ils étaient inefficaces dans les cas de lupus vorax.

M. Hardy employait de préférence le biiodure de mercure. Il reconnaît n'en avoir obtenu que de médiocres résultats.

Cette médication, pendant de longues années a été seule employée au traitement externe du lupus; aujourd'hui elle est abandonnée, en tant que méthode générale, par la plupart des dermatologistes pour les raisons suivantes :

Douleur intense et prolongée, incertitude du degré exact de la destruction des tissus sains, effectuée par

le caustique, cicatrices vicieuses, difformes, irrégulières, nécessité de renouveler un grand nombre de fois la cautérisation quand les surfaces malades sont étendues, guérisons exceptionnelles, mettant des mois, des années à se produire, guérisons nulles en face du *lupus vorax* (résultats fournis par les observations de Devergie).

2° CAUSTIQUES PHYSIQUES.

a) *Cautérisation massive*. — Cette méthode ne pourrait être admise que si elle mettait à l'abri de la récurrence, ou si elle permettait de conserver les tissus sains ; comme il n'en est rien, elle doit être rejetée pour céder le pas à des méthodes moins dangereuses et aussi efficaces.

b) *Thermocaustique*. — Depuis 1870, époque où Volkmann fit entrer le grattage dans la pratique, la plupart des médecins employaient des procédés chirurgicaux pour le traitement du *lupus*. Hébra et Kaposi de Vienne se servaient parfois du thermocautère ou du galvanocautère.

En 1882, M. Besnier eut à traiter un malade atteint d'un vaste *lupus* sur lequel il n'osait tenter ni le raclage ni les scarifications. Se basant sur un assez bon résultat obtenu par M. Péan deux ans auparavant, il employa le thermocautère. L'amélioration fut telle qu'il fit entrer cet instrument dans la pratique de St-Louis, après l'avoir légèrement modifié.

Il employa un thermocautère à pointe très fine, recourbée à angle droit et de la grosseur d'une épingle à cheveux. Il obtenait ainsi un instrument d'un pouvoir rayonnant peu considérable, qui s'enfonçait

avec une grande facilité dans le néoplasme, sans causer d'hémorrhagie et par conséquent sans amener d'infection générale. Il pratiquait sur le lupus des scarifications ponctuées et de préférence des scarifications linéaires. Il croyait bon de toucher au thermocautère la limite du lupus pour empêcher la propagation en surface, mais peu à peu apparurent des inconvénients qui firent abandonner le thermocautère pour le galvanocautère. La pointe s'éteignait facilement, il fallait surchauffer, le but proposé n'était pas atteint. De plus il fallait opérer avec une certaine lenteur, et les cicatrices laissaient souvent à désirer.

Cet instrument est délaissé aujourd'hui par M. Besnier, qui ne s'en sert que lorsqu'il a beaucoup à détruire et qu'il n'a pas à redouter le rayonnement thermique.

c) *Galvanocaustique thermique*. — Hébra, le premier, employa la galvanocaustique thermique au traitement du lupus. Il se servait ; 1° d'une anse de fil de platine terminée en pointe et plongée, chauffée à blanc, dans chacun des tubercules du lupus ; 2° d'une tige de porcelaine conique entourée de spirales en fil de platine pour la cautérisation des tubercules confluent ; 3° d'un morceau de fil de platine en forme de couteau pour abraser les tubercules du lupus hypertrophique ; 4° d'une anse de fil pour extirper les masses de ce même lupus.

Comme ce traitement est journellement employé à Saint-Louis, nous allons le décrire d'après M. Besnier.

Inst uments. — Le galvanocautère peut être actionné par les sources d'électricité très diverses que l'on possède presque partout maintenant. Un verrou

interrupteur, monté dans le manche de l'électro-cautère, et un graduateur, adapté à la pile, permettent de porter le cautère à la température voulue, le rouge sombre, pour éviter l'hémorrhagie. « Le cautère essentiel est composé d'une anse de fil de platine formant aiguille, fine ou volumineuse selon l'épaisseur du fil et l'écartement des branches et que l'on peut recouber dans toutes les directions pour la facilité de l'application..... Il suffit d'écarter l'un de l'autre les fils de platine pour augmenter le diamètre du cautère et en laissant l'aiguille un certain temps dans les tissus, ou en exécutant un mouvement de circumduction on étend à volonté le rayon d'activité caustique. On le réduit au contraire au minimum quand l'aiguille est de fil fin de platine et ses deux branches accolées l'une à l'autre. On peut alors pénétrer à travers une cicatrice, côtoyer les tissus sains, sans faire de destruction alentour de l'aiguille, ce qu'il est impossible d'éviter au même degré avec le thermocautère dont le rayonnement est beaucoup plus considérable ». On peut employer aussi des aiguilles à pointes associées, des aiguilles à pointes multiples et des scarificateurs à lames multiples.

Procédé opératoire. — Les cautérisations seront faites avec la pièce de platine chauffée au rouge sombre, jamais au rouge blanc. A cette dernière température on aurait à craindre que dans les premières séances, quand on attaque des surfaces très vasculaires, fongueuses, une hémorrhagie gênante ne se produisît. En second lieu, un cautère lumineux nuirait à la vision distincte de l'opérateur. Pour les lupus peu étendus, on pratique une série de ponctuations avec

une pointe fine de platine ; pour les lupus larges on emploie les aiguilles à pointes multiples, les scarificateurs et on ne traite qu'un lot restreint à la fois. Dans tous les cas, la pénétration doit dépasser de 1 à 2 millimètres les limites du tissu sain. On obtient aussi de bons résultats des cautérisations linéaires.

Anesthésie. — La douleur produite par la cautérisation est assez vive, il est préférable néanmoins de n'employer d'anesthésie ni générale, ni locale. Chez les malades trop pusillanimes, on pourrait essayer des injections sous-cutanées de cocaïne, mais pas de congélation, car le tissu malade perd sa consistance spéciale, appréciable normalement à la main, les points à cautériser ne se distinguent plus qu'imparfaitement ; on fait de mauvaise besogne.

Pansement très sommaire si les escharres produites sont sèches ; antiseptique, si le lupus sécrète.

Ce traitement est certainement un de ceux qui donnent les résultats les plus appréciables, mais malheureusement on lui doit bien des mécomptes. M. Besnier lui-même qui l'a chaudement préconisé reconnaît que bien des lupus sont rebelles à son emploi. Si l'on veut pratiquer des cautérisations à fond, énergiques, l'escharre ne reste pas sèche, la surface de cicatrisation se recouvre en partie ou en totalité « de ces croûtes jaunes, adhérentes, eczématisques se reproduisant sans cesse. »

Les cicatrices, toutes choses égales d'ailleurs, sont moins parfaites qu'avec les méthodes sanglantes ; les séances de galvanocaustique doivent se répéter ; la douleur est assez vive et ne peut être combattue par l'anesthésie locale qui est contre-indiquée.

d) *Galvanocaustique chimique ou électrolyse.* — MM. Gärtner et Lustgarten ont publié en 1886 (*Wiener méd. Wochenschrift*), un procédé de traitement du lupus par l'électrolyse. Ils avaient remarqué chez certains malades la production d'escharres à la suite de séances d'électrothérapie, escharres qui se produisaient au niveau de l'électrode négative lorsque son revêtement humide était trop mince. Ils provoquèrent régulièrement ces actions caustiques en se servant d'une électrode métallique appliquée directement sur la peau saine et ils constatèrent : que ces phénomènes étaient dus à des décompositions chimiques (oxygène, hydrogène, alcalis à l'état naissant dans les tissus) et que les escharres ne s'étendaient pas à toute la peau couverte par l'électrode, que là où la résistance était moindre, l'intensité du courant était plus grande et l'action de l'électrolyse plus énergique. Quand l'électrode est appliquée sur des parties excoriées ou dont l'épiderme est mince ou ramolli, ces parties subissent seules l'action caustique du courant. Il en est de même des nodosités du lupus situées sur une partie normale de la peau, elles sont seules détruites. L'application de cette découverte au traitement du lupus s'imposait, voici comment procèdent les deux auteurs : On emploie une batterie d'environ vingt-quatre éléments Leclanché, tous en activité. Le pôle positif est relié à une électrode à éponge de grande surface fixée sur l'avant-bras. Le pôle négatif d'abord rattaché au rhéostat de Gärtner, puis à un galvanomètre à graduation absolue, se termine par une électrode formée d'une plaque d'argent, légèrement bombée, d'environ 2 centimètres de diamètre, entourée d'un morceau de

caoutchouc durci. Cette électrode est fixée sur la partie malade. On fait ensuite passer le courant en allant progressivement jusqu'à cinq ou huit milliam-pères. Le malade n'éprouve qu'une légère sensation de brûlure provoquée par les variations de courant. La cautérisation n'est douloureuse que dans le cas de lupus ulcéré. Au bout de dix minutes, on interrompt graduellement le courant et on enlève l'électrode. Généralement le tissu malade est seul cautérisé. Les parties lueuses sont excoriées, tuméfiées et laissent suinter pendant quelques minutes un liquide épais à réaction fortement alcaline. Puis elles se dessèchent, s'affaissent et se recouvrent d'une croûte brunâtre qui tombe dans l'espace de huit à quinze jours. La guérison a lieu sans suppuration. — Dix cas.

G. T. Jackson, de New-York (septembre 1890, *Electrolysis in the treatm. of lupus vulgaris*. — *American dermat. Assoc.*), déclare après expérimentation que le traitement du lupus par l'électrolyse donne des résultats aussi bons, sinon meilleurs, que ceux que l'on obtient par d'autres méthodes. Pas de douleur, pas d'écoulement de sang, cicatrices lisses et unies.

Si MM. Gärtner et Lustgarten ont quelque mérite d'avoir constaté qu'une électrode négative formée d'une plaque métallique et appliquée sur un épiderme lupique, ne détruit que les tissus pathologiques, l'honneur d'avoir découvert les propriétés médicales de l'électrolyse ne leur revient pas. C'est Cisinelli de Cremone qui, en 1860, constata les propriétés caustiques non seulement de l'électrode négative, mais encore de l'électrode positive. Il suffit de rappeler les phénomènes chimiques dus à l'électrolyse : passage

des métaux et des bases au pôle négatif, des acides au pôle positif. Si les électrodes sont formées de substances attaquables par les produits de décomposition, l'attaque a lieu, si au contraire les corps mis en liberté sont sans action sur leurs électrodes, les surfaces en contact avec elles sont alors attaquées. On peut donc faire agir à volonté soit un caustique basique, soit un caustique acide. Selon qu'on emploie l'une ou l'autre des électrodes on n'obtient pas cependant les mêmes résultats, les mêmes escharres. Les bases donnent des escharres molles, non rétractiles, les acides des escharres dures, rétractiles que beaucoup de chirurgiens préfèrent.

Cette propriété rétractile de l'escharre qui se forme est employée efficacement dans le traitement du lupus.

On enfonce un peu obliquement dans les foyers lupiques, en ayant soin de les dépasser en profondeur, plusieurs aiguilles positives en platine. On établit le courant puis on le ferme comme le recommande M. Gärtner. Il se forme alors sur les tissus qui avoisinent les aiguilles des cicatrices rétractiles qui enserrant, qui étouffent les tissus où se développe le tubercule. Celui-ci s'isole et meurt.

Nous ne voulons pas nous prononcer en faveur de l'un ou de l'autre de ces procédés, nous nous contentons d'en faire ressortir les résultats immédiats : escharre dure ou molle.

Au point de vue de la guérison du lupus, le traitement électrolytique semble présenter de sérieux avantages, mais on peut lui reprocher de nécessiter un appareil compliqué, d'exiger plusieurs séances, de

l'avis de ses auteurs eux-mêmes, et de n'être applicable que si l'infiltration lupeuse s'étend jusqu'à la surface de la peau.

Médication parasiticide.

Les agents de cette médication entrèrent dans la thérapeutique quand fut découverte l'origine tuberculeuse du lupus.

M. Riehl, à la clinique de Kaposi, à Vienne, emploie l'iodoforme. Il étale sur le lupus une couche d'iodoforme de plusieurs millimètres et la recouvre d'un pansement qu'il n'enlève que du troisième au huitième jour. Si le lupus n'est pas ulcéré, il enlève l'épiderme par un badigeonnage à la potasse caustique, il entraîne l'excès de potasse par des lavages à l'eau, dessèche la plaie, et applique l'iodoforme. Il signale à la suite de ce traitement une vingtaine de résultats heureux, mais, comme la plupart des auteurs, il ne parle pas de la récurrence.

M. Vidal, à Saint-Louis, emploie l'iodol, sous forme de poudre, en pulvérisation. C'est un antiseptique puissant, sans odeur, pas toxique, mieux divisé, plus fin que l'iodoforme, couvrant mieux la surface lupique et ne faisant pas de croûtes comme ce dernier. Il possède sur la nutrition des parties une influence salutaire. Mais M. Vidal ne fait pas mention des guérisons définitives qu'il a obtenues à l'aide de ce produit.

Doutrelepont, partant de ce même principe, qu'il fallait, pour agir sur le lupus, détruire les micro-organismes ou au moins arrêter leur développement, employait des compresses imbibées d'une solution de sublimé à 0,1 0/0 qu'il recouvrait de gutta-percha. Sous l'influence de ce traitement, disait-il, les granulations fongueuses s'affaissent, disparaissent, la suppuration diminue, la tumeur décroît, la cicatrisation commence à la périphérie des ulcérations. M. Besnier mit en doute ces résultats. Doutrelepont modifia alors sa méthode et recommanda le raclage avant l'emploi du sublimé ou encore les injections dans les tissus malades avec une solution de chlorure mercurique à 1 0/0. Cette médication, d'après lui, serait bien supportée, la résorption serait faible.

Le docteur White expérimenta le sublimé de son côté. Il conclut qu'au début les lésions du lupus peuvent être modifiées par le produit, mais que dans les formes à tubercules d'un rouge sombre, à surface vernissée ou excoriée, avec plus ou moins d'infiltration des téguments, à marche extensive, son action quoique indéniable est presque insensible. Il rechercha alors quelle serait l'action de l'acide salicylique. Il croit, qu'employé à la dose de 2 à 4 p. 0/0 dans l'huile de ricin, il donnerait de bons résultats, mais il n'apporte pas de conclusions précises à l'appui de son dire.

Ameglio est plus affirmatif. Il déclare avoir obtenu en trois mois la cicatrisation complète d'un lupus qui datait de cinq ans en employant l'arsenic à l'intérieur et, à l'extérieur, en badigeonnage trois fois par jour, une pommade composée de 6 grammes d'acide salicylique incorporés à vingt grammes de glycérine.

Le docteur Morice, en 1888, présenta à la Société de chirurgie de Bordeaux un mémoire, appuyé d'une observation de guérison, recommandant la résorcine contre le lupus. Le traitement de son malade avait commencé le 25 juin par une application de pommade contenant 1 de résorcine pour 2 de vaseline, il avait continué de la sorte jusqu'au 10 juillet, jour de la guérison. Six mois après, au 30 janvier, il n'avait constaté aucune récurrence. Ce résultat est certainement très heureux, mais nous allons voir que nous nous trouvons plutôt en présence d'une de ces exceptions que chaque traitement peut revendiquer. Le docteur Ambrogio Bertarelli, de Milan, a expérimenté la résorcine de 1879 à 1884. Il affirme bien qu'il n'est pas de substance préférable à la résorcine pour guérir le lupus sans cicatrice. Mais, dit-il, ce n'est pas un spécifique et j'ai dû souvent recourir aux moyens chirurgicaux et thermiques. M. C. Brooke, en mai 1890, préconisait la pommade suivante, qui depuis trois ans lui avait donné les meilleurs résultats ; « il y a même eu, dit-il, en bien des cas, guérison complète » :

Oléate de mercure 2,5 à 5 p. 0/0...	30 gr. »
Acide salicylique.....	1 gr. »
Ichtyol.....	0 gr. 50
Huile de lavande.....	Q. S.

Héber Collier, White, Hutchinson, ont tenté l'emploi de l'acide sulfureux, mais ils ont dû y renoncer à cause des inconvénients que présentait sa manipulation.

A la suite des agents parasitocides se place natu-

rellement la lymphe de Koch, mais avant d'en commencer l'étude nous allons parler de quelques produits chimiques qui ne peuvent trouver place dans notre classification. Leurs propriétés sont multiples : antiseptiques et caustiques, antiseptiques et réductrices.

L'acide crysophanique en pommade à 5 0/0 a guéri en 10 semaines, d'après Huer, un lupus exulcérant.

L'acide chloroacétique que recommandent les frères Weil de Cannstatt, comme un moyen précieux de guérison du lupus, guérit par un seul badigeonnage le lupus des parties superficielles. Quand les nodules sont profondément situés, on les perce avec une baguette de verre trempée dans l'acide. Après la chute de l'escharre, on amène la guérison par de faibles cauterisations au chlorure de zinc. Un cas de guérison complète a été obtenu par ce procédé.

Le permanganate de potasse est considéré comme infailible par le docteur Schulz, de Krenznach. On l'emploie en solution à 10 p. 0/0 qu'on applique avec un pinceau jusqu'à l'apparition d'une mince croûte noire. On répète le pansement tous les jours ou tous les deux jours jusqu'à guérison. Les récidives sont rares et relèvent du même traitement.

Si ce procédé a donné de bons résultats, il est d'une longueur désespérante. L'auteur dit qu'on peut l'abréger de huit ou dix semaines en écartant avec une curette l'épiderme qui s'élève de la partie malade.

L'acide pyrogallique en pommade ou en solution éthérée a été recommandé par Schwemmer dans les cas de lupus très étendus, très anciens, réfractaires à toute médication. Après son application, il se forme une couche blanche qu'on recouvre immédiatement de

traumaticine. Il se produit alors une irritation, d'autant plus considérable que la couche d'acide est plus épaisse. On renouvelle les badigeonnages jusqu'à ce que tout foyer lupique ait disparu. La cicatrice obtenue est lisse.

Jarisch a obtenu de bons résultats du même produit. Le docteur Ch. Allen cite 8 cas de guérison, mais le traitement est long et l'emploi de l'acide pyrogallique manié par MM. Neisser, Vidal, Besnier, Pick leur a occasionné de graves accidents chez un certain nombre de malades.

Mosetig Moor emploie l'acide lactique concentré, qui agit alors comme l'acide pyrogallique, la douleur est supportable, la cicatrice lisse.

Von Mæstig a obtenu en trois semaines plusieurs guérisons.

M. Rafin a présenté à la Société des sciences médicales de Bordeaux (séance de juillet 1886) un deuxième malade atteint d'un lupus du nez amélioré par des badigeonnages d'acide lactique en solution de 50 à 80 p. 0/0. M. Tripier, dans la même séance, a fait connaître qu'il avait obtenu plusieurs succès par le même procédé.

Trouvons-nous parmi les médicaments antiseptiques un spécifique du lupus? Non. Les guérisons sont toujours aussi rares, aussi controversées. Les traitements sont prolongés outre mesure et exposent les malades à des dangers d'intoxication, comme en a fourni des exemples l'acide pyrogallique.

Lymphé de Koch.

Au Congrès médical international, tenu à Berlin en août 1890, le Dr Koch, dans le cours d'une communication sur la bactériologie générale, parlant des recherches qu'il faisait sur le bacille de la tuberculose, annonçait qu'il avait expérimenté sur le cobaye des vaccinations qu'il croyait capables de guérir une tuberculose commençante ou même de conférer l'immunité.

Quelques mois plus tard, paraissait dans la *Deutsche méd. Woch.*, un mémoire relatant les expériences qu'il avait faites sur les hommes avec le remède dont il avait parlé au mois d'août précédent. « Je ne puis pas encore donner d'indications sur l'origine et la préparation du remède, dit-il, puisque mes recherches ne sont pas terminées ; je donnerai ces indications dans une communication ultérieure. »

Il décrit alors les caractères physiques de sa liqueur et son mode d'emploi. C'est un liquide clair, brun, qui se conserve bien. Pour s'en servir il faut l'étendre, mais l'eau distillée le décompose, il s'y développe des bactéries. Il faut alors stériliser la solution par la chaleur dès qu'elle est faite, et n'en préparer que de petites quantités à la fois. Par la voie stomacale, le remède n'agit pas ; il faut l'employer en injection sous-cutanée.

Chez l'homme sain, l'injection de 25 centièmes de

centimètre cube produit les symptômes suivants : trois ou quatre heures après l'injection, tiraillements dans les membres, faiblesse, disposition à tousser, difficulté de respirer ; ces symptômes s'aggravent très rapidement ; à la cinquième heure, frissons intenses pendant près d'une heure, vomissements, température de 39°,6. Après douze heures, ces troubles s'atténuent, la température baisse, le jour suivant elle est normale. La lourdeur dans les jambes, la faiblesse persistent pendant quelques jours. Avec un centième de centimètre cube, aucune action.

Chez le tuberculeux cette dose, inactive chez l'homme sain, produit une forte réaction générale et une forte réaction locale.

Les mêmes symptômes, mais plus accentués, se succèdent ; la température peut aller jusqu'à 41°. L'accès dure de 12 à 15 heures ; dès qu'il est passé les malades se trouvent mieux qu'avant.

La réaction s'observe facilement chez le lupique. « Quelques heures après l'injection sous-cutanée, faite à la région dorsale, par conséquent en un endroit très éloigné de la peau faciale malade, les points atteints de lupus commencent à gonfler et à rougir, et cela même avant le frisson. Pendant que la fièvre s'accroît, gonflement et rougeur s'accroissent, si bien que le tissu lupeux devient par endroits d'un rouge brun et se nécrose. Après la chute de la fièvre, le gonflement diminue graduellement, de sorte qu'il disparaît en deux ou trois jours. Les foyers lupeux se couvrent de croûtes qui se dessèchent, puis tombent au bout de deux ou trois semaines et laissent, parfois après une seule injection, une cicatrice unie et rouge.

Il faut habituellement plusieurs injections pour faire disparaître entièrement le lupus. Il est très important de faire remarquer que ces modifications se limitent aux parties de la peau atteintes de lupus. Les granulations les plus petites, les moins visibles, deviennent apparentes par le gonflement et la rougeur tandis que le tissu sain n'est pas altéré. »

Ces phénomènes réactionnels sont apparus sans exception, avec une injection de un centième de centimètre cube, si une lésion tuberculeuse quelconque existait dans le corps. On a donc là un moyen infailible de diagnostiquer la tuberculose dans les cas douteux.

Comment se produit l'action thérapeutique? La seule chose certaine c'est que l'action porte sur le tissu qui contient les bacilles et non sur les bacilles eux-mêmes; le tissu meurt par suite de troubles dans la circulation et la nutrition.

Le remède ne peut donc agir que sur le tissu tuberculeux vivant, mais lorsqu'il a été mortifié il contient des bacilles qui peuvent dans quelques cas pénétrer dans les tissus voisins. Il faut donc après avoir nécrosé le tissu, tâcher de l'éliminer aussi vite que possible, de l'extraire chirurgicalement, par exemple. Quand l'extirpation n'est pas praticable il faut continuer les injections pour garantir les tissus voisins contre la réinfection par les parasites restés vivants dans le tissu nécrosé.

Comment expliquer qu'on puisse injecter des doses rapidement croissantes de cet agent? Est-ce l'accoutumance qui s'établit? Il est plus probable qu'il y avait d'abord une grande quantité de tissu tubercu-

leux vivant et qu'une petite dose de la substance active a suffi pour produire une action énergique; mais par chaque injection on détruit une certaine quantité de tissu capable de réagir, et dès lors il faut des doses de plus en plus grandes pour obtenir le même degré de réaction que précédemment. A partir du moment où le tuberculeux, traité par des doses croissantes, ne manifeste plus de réaction, on peut admettre que tout tissu tuberculeux susceptible de réaction a cessé de vivre.

Sans laisser au temps le soin de prouver l'efficacité de la nouvelle méthode, et malgré les graves symptômes généraux dont s'accompagnait son emploi, les médecins allemands s'enthousiasmèrent pour Koch et son œuvre. Ils oublièrent qu'on leur donnait à manier un agent dont la composition leur restait inconnue, dont les effets étaient redoutables et, sans hésitation, confiants dans la parole d'un savant qui, dans un but bientôt connu, gardait le secret de ses travaux, ils soumirent tous leurs malades au nouveau traitement.

M. von Bergman dans une séance de la Réunion libre des chirurgiens de Berlin s'écriait : « Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, il n'avait été donné à aucun savant de trouver à la fois la cause et le remède d'une maladie. Il semble que notre compatriote Robert Koch y soit parvenu. Si on nous avait dit de tout autre médecin qu'il a découvert la guérison de la tuberculose, aucun de nous n'y aurait cru. »

Et le Dr William Lévy : « Et maintenant, que va devenir la chirurgie appliquée aux lésions tuberculeuses ? Elle doit battre en retraite et laisser à la mé-

thode de Koch le traitement des cas récents. Elle ne nous servira qu'à enlever les résidus morbides. »

La presse médicale, la presse politique entonnèrent les louanges du savant allemand ; les malades de toutes les parties du monde affluèrent à Berlin, les guérisons se succédèrent, la tuberculose, ce mal redoutable, était vaincue. On obtenait bien quelques mécomptes, de malheureux malades n'avaient pu résister à la coalition de leur mal avec le traitement de Koch ; mais on ne voulait pas ternir la gloire du savant national par de si petits nuages, on n'avouait pas les causes de décès. Il fallut qu'un médecin allemand, le Dr Israel, dans la séance du 27 novembre 1890 de la Société des médecins de la charité de Berlin rappelât ses confrères à l'honnêteté scientifique. Il se plaignit qu'on ait envoyé à l'Institut anatomique les cadavres de plusieurs malades atteints de tuberculose pulmonaire, et soumis aux injections sans qu'il fût fait mention de ces injections. « On pourrait faire supposer, dit-il, que l'on veut dissimuler les morts. »

Cet engouement des médecins allemands était-il justifié ? Quant à ce qui concerne le lupus, les rapports des médecins envoyés à Berlin pour étudier la nouvelle méthode vont nous renseigner.

L'opinion des médecins allemands, que l'affolement de leurs confrères n'a pas entraînés, nous sera précieuse pour assurer notre conviction.

M. le Dr Thibierge, envoyé à Berlin pour étudier l'effet de la lymphe de Koch sur le lupus, rend compte en décembre 1890 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, du résultat de ses observations.

Il reconnaît la lymphe pour un excellent procédé

de diagnostic, il a observé par lui-même les phénomènes généraux et locaux décrits par Koch, mais n'a pas constaté de cas de guérison. Les deux observations suivantes qu'il relate montrent avec quel esprit scientifique les expériences étaient conduites à Berlin.

« Un homme de 24 ans atteint d'un lupus tuberculeux de la face avec destruction du lobule du nez, d'une portion des deux narines et de la sous-cloison avait été soumis à onze injections de lymphé de Koch, la première le 8 novembre, la dernière le 27. Les trois dernières injections faites à la dose de 2 centigr. n'avaient plus amené de réaction générale. Les régions occupées par le lupus étaient recouvertes par une couche épidermique continue et lisse, elles étaient le siège d'une rougeur générale vive; mais cette rougeur, loin d'augmenter à la suite des injections, diminuait de jour en jour ainsi que j'ai pu m'en convaincre par plusieurs examens successifs. Le malade avait été présenté comme guéri par un des assistants parce qu'il n'avait plus de réaction locale. Mais en tendant les téguments de façon à faire disparaître la rougeur congestive du voisinage, je pus mettre en évidence de petits nodules arrondis, non saillants, de consistance molle, de coloration jaune sucre d'orge; en un mot de petits tubercules ayant tous les caractères de tubercules lupiques occupant la surface des plaques rouges et surtout leur périphérie. »

« Une femme, du service de M. von Kœhler, atteinte de lupus diffus de la face avec tuméfaction énorme et induration des portions malades, soumise à seize injections successives du 11 octobre au 26 novembre, ne présentait plus ni réaction locale, ni réaction géné-

rale depuis la treizième injection faite le 19 novembre, et cela quoique les doses de lymphé aient été portées dans les dernières injections à 14, 20, 30 et 40 milligrammes. Malgré cela, on voyait facilement dans le tissu cicatriciel souple qui avait succédé aux lésions antérieures une multitude de petits nodules rouge-jaunâtre, arrondis, recouverts d'épiderme lisse qu'aucun dermatologiste ne pourrait hésiter à considérer comme des nodules lupiques. »

M. Thibierge déclare que chez *tous* les malades sans exception qu'il a pu observer à Berlin, il a rencontré des lésions qui présentaient tous les caractères des nodules du lupus vulgaire. D'après lui, il n'existe pas un seul cas de guérison, même apparente, du lupus obtenu par les injections de Koch seules. Quant à la guérison réelle, elle n'existe pas davantage ; il a rencontré des récidives ou mieux des recrudescences de lésions dans les cas qu'on s'était trop hâté de donner comme des exemples de guérison.

Mais si l'action thérapeutique de la lymphé est nulle, les accidents consécutifs aux injections sont fréquents. Irrégularité et faiblesse du pouls, collapsus hypothermique, fièvre intense, ictère, albuminurie et hématurie intenses, anémie profonde et parfois persistante, tels sont les symptômes qui se présentèrent souvent.

M. le Professeur Cornil expérimenta la lymphé de Koch et décrivit les résultats qu'elle lui avait donnés. Nous retenons deux de ses conclusions :

1° La plupart des malades atteints de tuberculose cutanée sont évidemment améliorés ;

2° Il faut cependant proscrire les injections chez les

malades atteints de lupus qui ont en même temps de nombreuses complications tuberculeuses du côté du poumon ou des autres organes.

Le D^r Philipson, dans *Monatsch. für prakt. dermat.*, n° 12, constate que l'enthousiasme se calme et que l'on peut faire le bilan de la découverte de Koch.

Au point de vue thérapeutique, on attend encore les résultats. Peut-on admettre au moins que le remède n'est pas nuisible? L'auteur ne le croit pas, les accidents signalés de toutes parts indiquent bien que la lymphe n'est pas un produit indifférent.

Le D^r von Schrættter, en décembre, à la Société des médecins de Vienne, présente quelques observations sur la Kochine; il reconnaît qu'elle a une action manifeste sur la tuberculose de la peau mais qu'il faut beaucoup attendre avant de parler de guérison.

Le D^r Singer a communiqué à la *Wiener méd. Presse* ses impressions sur le traitement du lupus par la lymphe. On lui a présenté deux lupus réputés guéris mais après examen clinique il affirme, d'accord avec MM. Haslund et Behrend, que la guérison n'est pas obtenue.

Le D^r berlinois von Kœhler n'a pas eu dans son service de malade réellement guéri, il conclut de son observation :

1° La méthode de Koch est un moyen précieux de diagnostic pour les tuberculoses chirurgicales du début.

2° Elle constitue une méthode thérapeutique, mais jusqu'à quel degré? l'avenir nous l'apprendra.

L'expérimentation la plus minutieuse et la plus impartiale de la lymphe de Koch, au point de vue du

traitement du lupus, est celle qui a été conduite du 28 novembre dernier au 26 janvier de cette année par les médecins de l'hôpital Saint-Louis.

MM. E. Vidal, E. Besnier, Fournier, Hallopeau, Quinquaud, Lailler se réunirent en commission et décidèrent de faire leurs recherches en commun.

Les malades en traitement étaient placés ensemble et soumis à une surveillance permanente de jour et de nuit, les observations de la sorte étaient exactement tenues au courant.

Trente-huit malades ont été soumis au traitement de Koch, voici les résultats obtenus (1) :

Chez trois malades on a dû abandonner le traitement après la première et la seconde injection à cause de la gravité des symptômes généraux.

Onze fois la réaction générale a été assez modérée ; vingt-quatre fois les phénomènes généraux ont été très intenses, les injections amenaient chez l'un ou l'autre des malades en expérience : de la prostration, de la congestion pulmonaire, de l'hématurie, de l'albuminurie, des phénomènes nerveux d'une violence extraordinaire, de l'épigastralgie angineuse durant 24 heures, des crises violentes de toux, de la dyspnée, des vomissements, des vertiges, des crampes, une otalgie violente, une lypothymie après la réaction.

La température a oscillé entre 39° et 41°, 3.

Deux malades ont bien supporté le traitement.

(1) Les observations détaillées figurent dans le *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie* du 2 février 1891.

Huit ont senti un amaigrissement notable, qui a été chez l'un d'eux jusqu'à 6 kilog. 500 grammes.

Cinq sont restés anémiés et déprimés.

Six possédaient des lésions cardiaques.

Trois ont vu évoluer des tuberculoses des sommets et du pharynx ignorées avant le traitement.

Dans 16 cas, le traitement n'a donné aucun résultat.

Dans 22 cas on a obtenu une atténuation ou une amélioration mais aucune guérison, les nodules lupiques persistaient toujours.

M. Besnier tirait de ces faits les conclusions suivantes :

« Dans les tuberculoses tégumentaires en général, et en particulier dans toutes les espèces, formes et variétés de la tuberculose lupique, l'inoculation de l'extrait glyceriné des cultures sèches et pures du bacille de Koch produit une action locale dont l'effet le plus prochain est une réduction temporaire de masse, une atténuation momentanée des tissus tuberculisés. »

Sous le rapport curatif, cette action du remède, même répétée jusqu'à tolérance, est insuffisante pour amener la guérison dans l'immense majorité des cas ; elle n'est ni supérieure, ni même égale, dans ses résultats, aux procédés du traitement ordinaire dont nous disposons actuellement.

Mais dans tous les cas sans exception, quelque faible que soit la dose de toxine injectée, l'action locale ne peut être obtenue sans produire une fièvre éphémère, mais d'intensité impossible à prévoir et

qui, même avec les petites doses, même après la première injection, peut causer la mort du malade.

Dans les cas même où le danger n'atteint pas ces limites, le malade est toujours exposé à des accidents graves et prolongés ou définitifs, particulièrement du côté du système circulatoire, du cœur, du cerveau et des reins, et à la mise en action funeste de foyers tuberculeux jusque là latents et qui auraient pu rester latents si l'inoculation n'avait pas été pratiquée.

Aujourd'hui notre conviction est établie; nous ne croyons pas que le médecin soit autorisé à inoculer à l'homme les extraits des toxines de la tuberculose.

Il en fut de même partout où fut expérimentée la Kochine. A Nancy comme à Paris pas de guérison, retentissement fâcheux sur l'état général(1). Notre ami le Dr Prautois, dans un travail très complet sur la *Lymphé de Koch* (2), publie un tableau où sont consignés les résultats obtenus par dix-sept médecins étrangers, allemands, autrichiens, suisses et italiens, tous aboutissent aux mêmes conclusions : pas de guérison, amélioration passagère.

En présence de tous ces faits, nous croyons qu'il est du devoir de tout médecin de proscrire absolument comme inefficace et dangereuse la lymphé de Koch.

(1) *Revue médicale de l'Est*, n° 16, 1891. Dr Simon.

(2) *Lymphé de Koch*, son histoire, son application à la thérapeutique. Prautois, Nancy, 1891, page 115.

Traitement chirurgical.

Avant d'arriver au traitement chirurgical proprement dit, il nous faut citer quelques procédés chirurgicaux employés pour rendre plus active l'action des topiques appliqués sur le lupus.

En 1865, Dubini de Milan, le premier qui se servit d'un procédé mécanique, employait six lancettes accouplées et trempées dans une solution de chlorure de zinc à cinquante pour cent. Essayé en France par M. Lailler et M. Besnier, ce procédé ne donna que des résultats imparfaits.

Schiff injectait de la glycérine iodée au moyen d'une aiguille à injection hypodermique munie d'une poire en caoutchouc.

Doutrelepont employait des injections hypodermiques d'une solution de sublimé à 1 0/0.

Lasser ravivait continuellement les bords de la plaie en profondeur, ce qui provoquait le développement de nouvelles granulations. Celles-ci étaient attaquées et détruites par une solution de 1 à 5 0/0 de nitrate d'argent.

1° *Extirpation.* — Cette méthode qui semble la plus rationnelle n'a jamais obtenu grand succès. Elle est rejetée aujourd'hui par la grande majorité des chirurgiens. Elle donne des cicatrices vicieuses, et n'est pas applicable lorsque le lupus siège à la face. L'autoinoculation est à craindre.

2° *Raclage*. — Ce procédé est dû à Volkman de Halle qui, le premier en 1870, employa à la guérison du lupus un traitement purement chirurgical. Il grattait l'infiltration lueuse avec une cuillère tranchante et cherchait à enlever tout le tissu morbide. Il ponctionnait ensuite les tubercules isolés qui entouraient le foyer principal.

Ce procédé de Volkman remplaçait avantageusement les caustiques employés jusqu'alors, il détruisait le tissu malade et respectait le tissu sain. Il obtenait de la sorte des guérisons en 7 ou 8 semaines. Mais ce traitement présentait le grave inconvénient d'être très douloureux et de nécessiter l'anesthésie locale.

La curette de Volkman est à peu près abandonnée aujourd'hui, on ne l'emploie que dans les vastes lupus pour dégrossir plus rapidement ; l'opération est terminée alors par un instrument de plus petite dimension. Employée seule, elle lacère assez souvent le tissu sain et amène des cicatrices vicieuses.

Balmanno-Squire, de Londres, diminua le volume de la cuillère de Volkman ; M. Vidal inventa une curette en forme de lame étroite, courbée en arc de cercle, à bords tranchants, une sorte de griffe ; M. Besnier fit construire une curette fenêtrée, une sorte d'anneau à bords tranchants.

Le raciage peut se faire de deux façons : par la rugination complète, à fond, par le curettage. Pour ruginer, on promène la curette tranchante largement et énergiquement sur toutes les surfaces pathologiques.

Il faut s'arrêter au tissu sain sous peine de cicatrices vicieuses. Une main un peu exercée sent parfaite-

ment la différence de consistance des deux tissus. On arrête l'hémorrhagie qui se produit par une légère compression ouatée. La plaie doit être nettoyée et pansée aseptiquement. Cette méthode présente un inconvénient, c'est que régulièrement il se produit un bourgeonnement qu'il faut réprimer par les caustiques ; la repullulation se montre plusieurs fois malgré l'application de ces topiques, soit par suite d'auto-inoculation, soit par impossibilité d'attaquer ou de détruire les foyers profonds.

Le curettage permet de pénétrer dans les foyers lupiques et de les vider, il sert à l'entretien en bon état des cicatrices à repullulation partielle. Ce moyen de traitement : raclage ou curettage avec ou sans cautérisation, est-il à recommander ?

L'observation suivante que publie M. Taylor (1) nous montrera mieux qu'une longue discussion la valeur du procédé que nous venons de décrire.

« Femme de 58 ans, atteinte de lupus au visage depuis 54 ans. Il semble que l'on n'ait jamais jusqu'ici institué de traitement local. La joue droite est couverte d'un tissu cicatriciel et la paupière inférieure est renversée. Toute la partie qui correspond au menton est occupée par un lupus exedens, tout le nez est également intéressé. Le 9 mai on donna le chloroforme à la malade et l'on enleva à la curette tranchante, les tissus lupeux, puis on cautérisa à l'acide nitrique. Les plaies formées guérirent en 15 jours. Peu de temps après, il y eut de nombreuses récives et le 28

(1) *Britisch, méd. Journal*, 1888.

juin on procéda à une seconde opération. Celle-ci fut suivie d'une nouvelle repullulation. L'auteur employa la solution d'éthylate de soude, il en fit des applications sur les points malades avec un tube de verre, une fois par jour, pendant trois jours consécutifs. Deux ou trois jours après la dernière application, les croûtes lupiques étaient tombées. Depuis lors, d'autres nodules se sont montrés et ils ont été traités de la même manière. »

3° *Scarifications*. — Volkman est le véritable auteur des scarifications ponctuées, simples, sans cautérisation. Il n'en avait pas fait une méthode de traitement mais il s'en servait après le raclage pour atteindre les foyers implantés sous le derme et que n'avait pu ruginer sa curette.

Balmano-Squire remplaça la scarification ponctuée par la scarification linéaire. Il se servait d'une aiguille triangulaire à bords tranchants assez semblable à l'aiguille à cataracte. Il arrivait ainsi jusqu'aux foyers lupiques de petite dimension.

Il fit construire plus tard un scarificateur multiple, composé de 16 lames tranchantes rapprochées les unes des autres de $\frac{1}{4}$ de millimètre et pourvu de deux ailes de cuivre qui réglaient la profondeur à laquelle devaient s'enfoncer ces lames. Cet instrument permet, il est vrai, de scarifier plus rapidement dans les surfaces assez vastes, mais il présente de sérieux inconvénients qui l'ont fait abandonner. Il nécessite l'anesthésie locale, il ne peut s'appliquer que sur une surface plane et si le lupus est étendu ; il est difficile de régler son action. Je ne fais que signaler son prix élevé et son entretien difficile. M. Vidal rendit l'ai-

guille de Balsamno-Squire plus solide, moins flexible, il fit faire une lame étroite terminée par une pointe triangulaire à deux tranchants.

M. Besnier, d'après lequel nous allons donner la description du procédé des scarifications linéaires, se sert d'aiguilles longues de 1 à 2 centimètres solidement montées sur un manche. Les unes sont tranchantes au sommet seulement, les autres dans toute leur étendue.

Procédé opératoire. — Pour une opération qu'il faut renouveler souvent, on ne peut employer l'anesthésie générale ; l'anesthésie locale par vaporisation d'éther a ce grave inconvénient de faire disparaître la consistance spéciale des tissus malades, consistance si nécessaire à percevoir pour diriger l'instrument. L'anesthésie locale par la cocaïne ne peut être obtenue sans accidents dans les lupus un peu étendus.

Il faut manier l'aiguille comme une plume à écrire avec les doigts seulement, comme si l'on ombrait un dessin. Il faut hacher la peau lueuse dans tous les sens, méthodiquement, régulièrement ; plus les hachures seront rapprochées et faites régulièrement, plus on aura de chances d'atteindre toutes les parties malades.

Il faut enfoncer l'aiguille jusqu'aux parties saines, sans les dépasser, il faut mener l'instrument perpendiculairement au tissu scarifié et non obliquement pour conserver des sommets de papille qui régénèreront l'épiderme.

Hémostase. — Cette opération donne lieu à un écoulement de sang assez abondant mais qu'on peut

arrêter assez facilement par la compression avec l'éponge ou le coton hydrophile. A l'hôpital Saint-Louis, pour ne pas être gêné par le sang on emploie l'artifice suivant : On prépare un assez grand nombre de petits fragments de coton hydrophile. Dès qu'une surface de quelques centimètres est scarifiée, on la recouvre d'un fragment de coton que l'on maintient en place de la main gauche, pendant que l'on continue à opérer de la main droite, et ainsi de suite à mesure que l'on avance.

Pansement. — Pendant l'opération : antisepsie. Dès que l'hémorrhagie est arrêtée, on fait un pansement assez épais avec du coton hydrophile et on le laisse en place jusqu'au lendemain. Si, après quelques jours, se présente une plaie qui sécrète et bourgeonne, il faut employer l'antisepsie et les cautérisations au nitrate d'argent.

Ce traitement du lupus peut-il nous satisfaire ? Ses auteurs eux-mêmes avouent qu'avec une grande habitude, quand le lupus n'est pas trop étendu, on peut dans une dizaine de séances détruire *la plupart* des noyaux tuberculeux. L'autoinoculation est également à redouter. « En toute circonstance, ce dont le médecin doit être bien informé et ce dont le malade doit être dûment averti, c'est que si le lupus est ancien ou étendu, non seulement il faudra une série souvent illimitée de séances pour obtenir une belle cicatrice, décolorée, lisse, souple et égale de teinte, mais encore qu'il faudra dans les années suivantes, peut-être dans les mois suivants, des séances de perfectionnement pour reprendre avec l'aiguille la destruction des foyers scrofulo-tuberculeux qui émer-

gent ou qui se reproduisent avec une grande ténacité. D'autre part, il est devenu manifeste que dans beaucoup de cas les séances de scarifications nécessaires pour un cas donné deviennent tellement nombreuses que le patient et le médecin finissent par en être lassés ; quelques-uns, qui ont encore leur lupus, ont subi quarante, soixante, cent scarifications et même davantage.

Greffes.

S'il est une affection dont la cicatrisation soit lente, dont les cicatrices vicieuses soient communes, c'est le lupus ; s'il est d'autre part un traitement qui abrège la cicatrisation et donne de belles cicatrices, c'est l'emploi des greffes.

Il semblerait donc naturel de croire que le traitement du lupus par les greffes fut d'un usage courant. Il n'en est rien.

Depuis 1881, époque où le docteur Hahn le premier se servit des greffes dans le traitement du lupus, jusqu'au jour où M. le Dr Vautrin tira ce procédé de l'injuste oubli où il semblait tombé, nous n'avons pu rencontrer que sept lupus traités par cette méthode.

Le docteur Hahn publiait en 1883 le résultat de ses observations (1).

(1) *Centralblatt für chirurgie*, 1883, n° 15.

Dans un cas de lupus du nez et du bras qui avaient été traités à plusieurs reprises par le raclage, les scarifications, divers caustiques sans résultat durable, il racla de nouveau le lupus du bras et fit immédiatement sur les plaies des greffes de peau. L'opération avait été faite en 1881, en 1883 il n'y avait pas encore de récurrence. Dans cinq autres cas il obtint un succès identique. Il opérait de la façon suivante : Le malade était chloroformé, puis les parties lésées après désinfection étaient racclées à fond. Pour arrêter l'hémorrhagie, Hahn faisait de la compression avec de la gaze phéniquée, ou sublimée, ou imprégnée de sous-nitrate de bismuth. Une fois l'écoulement de sang arrêté, il faisait des greffes de telle manière que toute la plaie fut complètement recouverte de petits morceaux de peau d'environ un demi-centimètre de long sur un quart de centimètre de large et formés seulement du derme et de l'épiderme. Il poudrait à l'iodoforme, appliquait de la gaze iodoformée, recouvrait de ouate et assujettissait le tout avec une bande. Il changeait le pansement au bout de 5 à 8 jours, il y avait presque toujours adhérence complète des greffes.

M. le Dr Roux (1) préconise le traitement du lupus par le grattage et la greffe épidermique.

Cette méthode, dit-il, lui a très bien réussi sur une jeune fille de 19 ans affectée d'un lupus de la joue, de la dimension d'une pièce de deux francs. Après le

(1) Société vaudoise de médecine, 7 février 1885.

grattage, il appliqua immédiatement plusieurs greffes. Deux d'entre elles ont tenu, la peau qui recouvre maintenant la place où était le lupus a un aspect absolument sain et la guérison se maintient déjà depuis quelque temps.

Ces greffes ont été prises à l'avant-bras ; il faut les prendre un peu épaisses, car les greffes purement épidermiques souvent ne reprennent pas ou l'épiderme de nouvelle formation s'ulcère à son tour.

Des faits exposés ci-dessus, nous ne devons retenir qu'une chose : c'est qu'on peut arriver à la guérison du lupus par l'emploi du raclage et des greffes. Il reste à rechercher dans quelles conditions nous aurons à nous placer pour obtenir les meilleurs résultats possibles ; mais il est utile d'établir dès maintenant que par sa nature même, ce traitement ne peut s'appliquer avec succès qu'aux lupus bien limités et de dimensions restreintes. Quels délabrements, en effet, ne faudrait-il pas causer si on tentait d'opérer ces lupus vastes, diffus, sans limites ! Et quel chirurgien oserait affirmer qu'il n'a pas laissé dans la plaie de foyer de repullulation !

Comment enlèverons-nous les tissus malades ?

Quand nous avons étudié le raclage comme moyen de traitement du lupus, nous avons vu que la récurrence ou les cicatrices vicieuses se rencontraient fréquemment. Pourquoi ? Parce qu'il fallait enlever tout le tissu malade et rien que le tissu malade. Si nous touchions au tissu sain, nous pouvions obtenir une guérison, mais au prix de cicatrices difformes, gênantes, nécessitant parfois un débridement ultérieur ;

si nous le respectons, nous laissons dans la plaie des foyers lupiques et la récurrence était la règle.

L'application des greffes fait disparaître ces graves inconvénients ; nous pouvons enlever hardiment tous les tissus malades et avec eux les tissus sains qui les environnent et qui pourraient s'être laissé infiltrer ; nous nous mettons ainsi à l'abri des récurrences et sommes assurés d'avoir une cicatrice aussi parfaite que possible.

Nous verrons tout à l'heure que M. le Dr Vautrin n'hésite pas à enlever avec le derme, quand c'est nécessaire, le tissu cellulaire sous-jacent et qu'il a abandonné la curette pour le bistouri.

Une seconde question se présente, plus complexe que la première : Quelle greffe employer ? Nos deux auteurs Hahn et Roux ne nous donnent pas d'indications bien précises à ce sujet. Le premier nous dit : prenez le derme et l'épiderme seulement ; le second : opérez avec des greffes épidermiques un peu épaisses. Dans l'incertitude où ils nous laissent, nous sommes obligé de rechercher quelle est la greffe qui donnera les meilleurs résultats.

Au point de vue du sujet qui la fournit, nous avons trois classes de greffes : zooplastiques, hétéroplastiques et autoplastiques.

Les greffes zooplastiques réussissent rarement. On obtient peut-être de meilleurs résultats avec des lambeaux empruntés au poulet et à la grenouille, et en faveur desquels Allen en Angleterre, Redaud et Dubousquet-Laborderie en France, ont voulu créer une exception ; mais le nombre des succès l'emporte de beaucoup sur les cas favorables. Sur onze tentatives

faites par M. Dubousquet-Laborderie, trois seulement réussirent. M. le Dr Vautrin, à Nancy, opérant avec les précautions les plus minutieuses, ne fut pas plus heureux.

Les greffes hétéroplastiques présentent un grand avantage, c'est qu'elles ne produisent pas de nouvelles plaies chez le patient, mais leur application n'est pas à recommander. On trouve rarement un sujet qui consente à fournir le lambeau nécessaire, et d'autre part de nombreux exemples doivent nous faire craindre la possibilité de l'inoculation de la syphilis. On a cherché à employer des lambeaux pris sur des membres amputés, mais ils n'ont pas adhéré et présentaient les mêmes dangers d'inoculation.

Il nous reste les greffes autoplastiques, ce sont elles que nous appliquerons. La plaie qu'elles occasionnent peut être négligée ; les croûtes se forment très vite et la cicatrisation est terminée avant que la prise de la greffe permette au malade de se lever.

Jusqu'au jour où Thiersch fit connaître sa méthode d'application des greffes autoplastiques, les résultats obtenus par les chirurgiens laissaient beaucoup à désirer.

Les procédés de Reverdin, d'Ollier, de Reclus, exposaient les médecins à bien des mécomptes.

Thiersch découvrit que la persistance des bourgeons charnus était un obstacle à la réussite du traitement. « Ils continuent à se rétracter dans la profondeur après l'achèvement de la cicatrisation superficielle, obstruent les vaisseaux capillaires et diminuent la résistance de la greffe en la privant des éléments nécessaires à sa vie. » Il basa son procédé sur la con-

naissance de ce fait (1). Les bourgeons sont détruits par la curette tranchante, la plaie est lavée avec soin avec une solution de chlorure de sodium à 6 0/0 et l'hémostase assurée. L'on étale alors de longues bandelettes dermo-épidermiques, prises à la partie antérieure de la cuisse, larges de 20 à 25 millimètres et en nombre suffisant pour couvrir toute la perte de substance. Des rondelles de protectrice, un pansement ouaté compressif assurent l'immobilité de la greffe. Le pansement est renouvelé tous les jours. Les lanières de peau que l'on détache doivent comprendre non seulement l'épiderme et les papilles, mais encore une partie de la couche dermique d'où émergent les papilles. Ce résultat est obtenu à l'aide d'un rasoir introduit sous l'épiderme et manié en mouvement de scie.

MM. Monod et Heydenreich (2) conseillent l'emploi des antiseptiques, une solution phéniquée de 1 à 2 0/0 en face de plaies granuleuses.

MM. Heydenreich et Socin prennent des lanières aussi épidermiques que possible. Pozzi taille des lambeaux assez épais pour pouvoir suturer la peau.

Le pansement humide et souvent renouvelé de Thiersch a encore été modifié par M. Heydenreich : « On recouvre d'abord la greffe de bandelettes de protectrice préalablement désinfectées, larges de 2 à 3 centimètres et imbriquées les unes sur les autres

(1) Thiersch. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1874, n° 29.

(2) Heydenreich. — *Semaine médicale*, 1888.

Elles ont le triple avantage de se mouler parfaitement sur la plaie, de ne pas y adhérer et de la protéger contre les tiraillements qui se produisent lorsqu'on renouvelle le pansement. On applique par-dessus les gazes antiseptiques ordinaires qu'on recouvre de coton salicylé, puis de coton ordinaire. On maintient le tout par des tours de bande. Ce pansement peut rester en place 5 à 8 jours (1). »

Modifié ou non, le procédé de Thiersch a donné aux chirurgiens des résultats inespérés. De vastes brûlures, des plaies d'armes à feu, des plaies opératoires après ablation d'épithéliomas, de sarcomes, des ulcères variqueux se sont cicatrisés rapidement et régulièrement sans rétraction, sans difformité. Les insuccès furent rares.

Maître d'une excellente méthode, que ne possédaient pas Hahn et Roux, M. le Dr Vautrin reprit leurs tentatives et obtint les mêmes succès.

Les trois observations suivantes dues à son obligeance montrent les avantages sérieux que l'on pourrait tirer de l'emploi des greffes dermo-épidermiques dans le traitement du lupus.

Le malade qui fait l'objet de l'observation 1 était guéri au bout de 10 jours. Près de deux années après l'opération, la guérison persiste et peut donc être considérée comme réelle. Les cautérisations employées pendant près de deux mois avant l'ablation n'avaient amené aucune amélioration.

(1) Manceaux. — *Etude sur les greffes dermo-épidermiques*. Thèse de Nancy, 1890.

L'observation II relate une guérison survenue après huit jours et persistant encore après 19 mois. L'observation III une guérison après 12 jours et persistant 11 mois après l'opération.

OBSERVATION I.

Un jeune garçon de 10 ans est amené en août 1889 à la consultation. Il est atteint d'un lupus de la joue droite de la dimension d'une pièce de cinquante centimes environ, qui a débuté deux ans auparavant. La plaque lupique est traitée par l'ignipuncture. Des cautérisations sont faites deux fois par semaine sur les points où se montrent de petits tubercules rouges. Après deux mois de traitement, aucune amélioration ne s'est produite.

Le petit malade entre à l'hôpital pour faire enlever son lupus.

L'opération est faite le 25 septembre.

Après anesthésie, la plaque lupique est largement enlevée au bistouri ; à la périphérie et dans la profondeur, la limite des tissus malades est hardiment dépassée, le tissu cellulaire sous-cutané lui-même est excisé. L'hémostase est faite par compression, une greffe dermo-épidermique de la dimension de la plaie et prise sur la cuisse de l'enfant est immédiatement appliquée.

Parsement au coton imbibé d'acide borique renouvelé le troisième et le sixième jour ; le huitième jour après l'opération, la greffe a complètement pris, le dixième jour le malade sort guéri.

Deux mois après, la cicatrice présente deux petits tubercules pris à tort ou à raison pour une récurrence. L'aiguille positive enfoncée dans chacun d'eux en a raison dans une seule séance d'électrolyse.

Aujourd'hui (juin 91) la guérison est complète, la cicatrice a la dimension d'une pièce de 20 centimes.

OBSERVATION II.

Une jeune fille de 18 ans, vint consulter M. le Dr Vautrin, pour un lupus du lobule du nez, inutilement traité depuis plus d'un an par des pommades variées. L'affection bien limitée s'étendait sur la narine droite, et mesurait à peu près un centimètre de largeur sur cinq à six millimètres de hauteur.

L'ablation fut faite immédiatement sans anesthésie ; une greffe prise sur le mollet fut appliquée sur la plaie. Pansement à l'eau simple.

La guérison était complète huit jours après.

L'opération eut lieu en janvier 1890, pas de récurrence jusqu'aujourd'hui (juin 1891).

OBSERVATION III.

Une jeune fille en traitement depuis plusieurs années pour un lupus très étendu de la joue droite et du sillon nasogénien vient en 1888 consulter M. le Dr Vautrin. Les scarifications, l'ignipuncture sont employées sans grand succès.

En août 1890, la malade revient après une absence de plusieurs mois et présente sur la joue gauche, au-dessous de l'angle externe de l'œil, une rougeur qui avait débuté deux mois auparavant. Cette plaque rouge, parsemée de nodules plus durs est reconnue pour un lupus analogue à celui de la joue droite.

L'ablation est proposée et acceptée.

Après anesthésie, la plaque lupique est largement excisée et la plaie recouverte d'une greffe dermo-épidermique.

Pansement au coton hydrophile imbibé d'eau salée et renouvelé deux fois en 8 jours.

Une petite partie de la greffe ne tient pas, néanmoins vers le douzième jour tout est cicatrisé.

Jusqu'aujourd'hui (juin 1890) pas de récurrence.

L'énorme lupus de la partie droite de la face continue à évoluer.

Dans ces trois observations, nous nous sommes peu étendu sur le manuel opératoire employé par M. Vautrin, nous réservant d'en faire une description spéciale.

L'anesthésie ne sera employée que lorsque la pusillanimité du sujet la rendra nécessaire. Généralement elle est inutile, l'opération est de courte durée et peu douloureuse.

On aura soin de laver rigoureusement à l'eau phéniquée forte la surface à opérer et de rendre antiseptiques les mains de l'opérateur, celles de ses aides et les instruments.

L'ablation du lupus se fera au bistouri, l'excision dépassera largement les tissus pathologiques. L'hémorragie sera facilement arrêtée par la simple compression avec une éponge aseptique, la plaie ne sera pas lavée. Cependant dans les cas de lupus ulcérés, il faudra recourir à l'antisepsie.

Il reste à se procurer la greffe. On la prendra sur la face antérieure du bras ou mieux de la cuisse. L'endroit choisi sera lavé énergiquement avec une brosse et des solutions phéniquées fortes.

Un lambeau de dimension supérieure à celle de la plaie sera enlevé avec un rasoir à lame mince et large.

L'ablation se fera par un mouvement de scie non interrompu, l'instrument couché à plat, la peau tendue. On cherchera à obtenir un lambeau aussi épidermique que possible, n'entamant que le sommet des papilles et ne contenant jamais de tissu cellulaire.

La greffe sera transportée sur la plaie par la lame du rasoir et établie avec un instrument mousse. Pansement humide aseptique renouvelé du 3^e au 4^e jour, ou pansement sec renouvelé vers le huitième jour. Nous avons vu M. le Dr Vautrin, obtenir de bons résultats d'un pansement à l'eau simple.

Pourrait-on traiter les vastes lupus par l'ablation et les greffes ? Arriverait-on à quelque résultat en limitant l'intervention à une partie du mal et en renouvelant plusieurs fois l'opération ? Autant de questions qui restent encore à l'étude. L'avenir nous donnera la mesure de ce qu'on peut attendre de ce traitement.

RÉSUMÉ

Chacun des traitements que nous venons de passer en revue a donné à son auteur un certain nombre de guérisons. Mais combien de ces guérisons n'étaient qu'apparentes ! Que de fois la récurrence est-elle venue prouver que sous la cicatrice les foyers oubliés continuaient leur évolution !

Que devons-nous attendre du traitement du lupus ? La guérison, la guérison rapide, la guérison sans cicatrices vicieuses.

Examinons quel sera, parmi les modes de traitement que nous avons exposés, celui qui remplira ces trois indications.

Le traitement général peut relever l'organisme débilité, mais ne modifie pas, ne guérit pas la lésion tuberculeuse cutanée.

Le traitement local agit toujours sur le lupus, le guérit parfois, l'améliore le plus souvent ou enraye simplement son évolution.

Les médications émollientes et substitutives n'ont aucune action curative.

Les caustiques chimiques ne donnent que des guérisons exceptionnelles qui mettent des mois et des années à se produire. Les cautérisations doivent être répétées souvent ; elles sont très douloureuses, attaquent les tissus sains, donnent des cicatrices vicieuses.

Les caustiques physiques leur sont préférables, mais ne remplissent pas les trois conditions que nous recherchons.

Le thermocautère demande un certain nombre de séances, donne des cicatrices qui laissent souvent à désirer, et conserve difficilement la température utile.

La galvanocaustique thermique permet de conserver une température uniforme mais nécessite des séances répétées et laisse souvent des cicatrices défectueuses.

Avec les deux procédés, la douleur est vive et ne peut être combattue par l'anesthésie locale. Si la cautérisation est poussée à fond, l'escharre ne reste pas sèche, la surface de cicatrisation se recouvre en partie ou en totalité de croûtes jaunâtres, adhérentes, se reproduisant sans cesse.

La galvanocaustique chimique présente de sérieux avantages, mais elle exige plusieurs séances et n'est applicable que si l'infiltration lupéuse s'étend jusqu'à la surface de la peau. Elle donne de belles cicatrices mais atteint difficilement tous les foyers.

La médication parasiticide ne donne que des guérisons douteuses. La récurrence est fréquente, la durée

du traitement se prolonge outre mesure et expose parfois le malade à des dangers d'intoxication.

La lymphé de Koch, que les Allemands avaient déclarée le spécifique du lupus, doit être proscrite de la thérapeutique.

L'extirpation seule n'a jamais obtenu grand succès.

Le raclage permet la repullulation à cause de l'impossibilité d'atteindre les foyers profonds ; s'il est poussé jusqu'au-delà des tissus sains, il produit des cicatrices vicieuses.

Les scarifications exigent de nombreuses séances et n'arrivent pas à détruire tous les nodules tuberculeux.

La récurrence et l'autoinoculation sont à craindre dans les deux cas.

L'ablation suivie de l'emploi de greffes dermo-épidermiques a guéri rapidement, sans récurrence, en laissant de belles cicatrices souples et lisses, les lupus de petites dimensions sur lesquels on a tenté jusqu'aujourd'hui ce mode de traitement.

Pour obtenir ces résultats, il a fallu enlever largement avec le lupus les tissus voisins.

CONCLUSIONS

Il est nécessaire d'agir contre le lupus dès qu'il est constaté ; au début, les chances de guérison sont plus grandes, la lésion est restée superficielle.

Quand il est de petite dimension et assez bien limité, il faut l'extirper complètement, sans ménager le tissu sain qui l'environne, et appliquer sur la plaie une greffe dermo-épidermique. On obtiendra le plus souvent une guérison réelle.

Quand son étendue ne permet pas l'ablation, il faut avoir recours à l'un des procédés actuellement en usage : au raclage, aux scarifications, mais de préférence à la galvanocaustique thermique, à la galvanocaustique chimique. Il est souvent utile d'associer plusieurs traitements.

On obtiendra peut-être par ces divers procédés quelques guérisons vraies, mais le plus généralement, au bout d'un temps plus ou moins rapproché, on verra

apparaître sur la cicatrice de nouveaux nodules tuberculeux. Ces nouveaux foyers seront détruits par l'électrolyse dès leur apparition.

Vu :

Nancy, le 22 Juillet 1891,

Le Président de thèse,
CHRÉTIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 22 Juillet 1891,

Le Recteur,
E. MOURIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DEVERGIE. — *Traité pratique des maladies de la peau.*
- HARDY. — *Leçons sur les maladies de la peau.*
- BAZIN. — *Leçons sur la scrofule.*
- VIDAL. — *Leçons cliniques sur le lupus.*
- KAPOSI. — *Pathologie et traitement des maladies de la peau.* Traduction Besnier et Doron.
- BESNIER. — *Articles sur le lupus (Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Années 1880, 1883, 1884, 1885).*
- CHARVOT. — *De la tuberculose chirurgicale (Revue de chirurgie, 1884).*
- BONNEAU. — *Exposé historique du traitement du lupus.* — Thèse de Paris, 1883.
- CHRISTESCU. — *Contribution à l'étude thérapeutique du lupus vulgaire de la face.* Thèse de Paris, 1887.
- MASCHAT. — *Revue critique sur le traitement de quelques manifestations externes de la tuberculose.* Thèse de Paris, 1888.
- THIBIERGE. — *Lupus et lymphé de Koch (Gazette des hôpitaux, 1890).*
- BESNIER. — *Bulletin de la Société française de dermatologie et de*

syphiligraphie, 1891. — *Traitement du lupus par la lymphe de Koch*.

PRAUTOIS. — *La lymphe de Koch*. Thèse de Nancy, 1891.

E. HAHN. — *Traitement du lupus par les greffes épidermiques* (*Centralblatt für Chirurgie*, 1883).

ROUX. — *Greffes dans le lupus* (*Société Vaudoise*, 1885).

HEYDENREICH. — *La greffe cutanée suivant la méthode de Thiersch* (*Semaine médicale*, 1888).

CHEVILLOT. — *De la greffe dermo-épidermique par la méthode de Thiersch*. Thèse de Paris, 1889.

MANCEAUX. — *Etude sur les greffes dermo-épidermiques par la méthode dite de Thiersch*. Thèse de Nancy, 1890.

RAULIN. — *Etude sur le lupus primitif de la muqueuse nasale*. Thèse de Paris, 1888.



